

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 111

De la Syphilis Mutilante

chez les Indigènes Musulmans

de l'Afrique du Nord

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert GONSSOLLIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne à l'Hôpital Français de Tunis

Né à LYON (Rhône), le 17 Septembre 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

DE LA SYPHILIS MUTILANTE
CHEZ LES INDIGÈNES MUSULMANS
DE L'AFRIQUE DU NORD

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 111

De la Syphilis Mutilante

chez les Indigènes Musulmans

de l'Afrique du Nord

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 8 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert GONSSOLLIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne à l'Hôpital Français de Tunis

Né à LYON (Rhône), le 17 Septembre 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLÉMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THIEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, président; SAVY, assesseur:

THÉVENOT Lucien et FAVRE, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MON PÈRE,
MAURICE GONSSOLIN,

*Commissaire en Chef, de 1^{re} classe de la Marine, en retraite
Officier de la Légion d'honneur*

Je l'ai toujours trouvé à tous les tournants de ma route « tel un bon pilote à la barre d'un rafiau qui gouverne mal ». Qu'il reçoive l'hommage de ma reconnaissance, de mon admiration, pour tous ses exemples de droiture, d'abnégation, à la famille et à la patrie.

A MA MÈRE

Pour toute l'immense tendresse dont elle m'a toujours entouré.

A TOUS MES AMIS DE FRANCE

A CEUX D'AFRIQUE

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE LYON :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER,

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR SAVY,

Médecin des Hôpitaux

Professeur agrégé

Chevalier de la Légion d'honneur

Externat

DOCTEUR VIGNARD, 1921

PROFESSEUR POLLOSSON 1921-1922

(in memoriam),

DOCTEUR LAROYENNE,

DOCTEUR BONNET,

DOCTEUR GARDERE, 1922-1923

DOCTEUR CORDIER,

DOCTEUR FAVRE, 1923-1924

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS,

Professeur de Clinique des Maladies

cutanées et syphilitiques

à la Faculté de Médecine de Lyon

A MONSIEUR LE DOCTEUR CASSAR,
Dermatologiste de l'Hôpital Français
et de l'Hôpital Sadiki
de Tunis

A MES CHEFS DE SERVICE
DE L'HÔPITAL FRANÇAIS DE TUNIS :

DOCTEUR BOUQUET,
Chirurgien de l'Hôpital Français

DOCTEUR MASSELOT,
Médecin de l'Hôpital Français

DOCTEUR LEHUCHER,
Chirurgien-Accoucheur de l'Hôpital Français

Avant-Propos

Ce nous est un agréable devoir, arrivé aux termes de nos études médicales, que de remercier ceux qui se sont intéressés à nous, au cours de notre vie universitaire et hospitalière. Nos remerciements vont d'abord à M. le Docteur Savy, qui guida nos premiers pas dans la carrière médicale.

Que M. le Docteur Favre veuille bien trouver ici l'assurance de toute notre gratitude. Les six mois que nous avons passés dans son service de l'Hôtel-Dieu, restent notre meilleur souvenir d'Externat, C'est lui qui a commencé à nous intéresser, et ce faisant, à nous orienter vers la Syphiligraphie. Il nous a fait le grand honneur de bien vouloir faire partie de notre jury de thèse ; nous lui en adressons nos plus vifs remerciements.

M. le Docteur Cassar, de Tunis, nous a fourni le sujet de cette thèse inaugurale. Nous l'assurons ici de toute notre gratitude pour les documents, et les précieux conseils, qu'il nous a prodigués.

Durant notre temps d'Internat, M. le Docteur Bouquet, chirurgien de l'Hôpital Français de Tunis, nous a réservé, au cours d'une collaboration de près de deux ans, l'accueil le plus charmant, et nous tenons à lui dire toute notre reconnaissance.

DE LA SYPHILIS MUTILANTE
CHEZ LES INDIGÈNES MUSULMANS
DE L'AFRIQUE DU NORD

« Je donne ce livre pour ce qu'il vaut. »

André GIDE.

Introduction

Depuis que nous sommes venus poursuivre nos études médicales en Tunisie, nous avons été tout particulièrement frappés, en suivant les consultations indigènes, de la fréquence considérable des mutilations dues à la syphilis. Il nous a semblé intéressant de présenter comme thèse inaugurale un travail sur ce sujet.

La syphilis mutilante n'existe pour ainsi dire plus en France, depuis que se sont généralisées les méthodes thérapeutiques, et tout spécialement l'emploi de l'Arsénobenzol. Elle est, au contraire, restée très fréquente chez les Arabes, et c'est couramment qu'en Afrique du Nord, on la voit telle qu'on se la figure ayant existé chez nous, au Moyen Age, lorsque les armées de Charles VIII, ayant franchi les Alpes et pillé l'Italie, rapportèrent avec leurs bagages, ce mal

mystérieux, que les routiers, les gens de guerre, nommaient le mal de Naples.

Il nous a été facile de trouver bon nombre d'observations. Malheureusement, l'état actuel des choses ne nous a pas permis de donner à l'étude iconographique toute l'étendue que nous aurions désirée. Nous nous en excusons.

A la base de la gravité de la syphilis arabe, de la fréquence des lésions mutilantes, il faut poser en principe que c'est dans ces régions une maladie contractée jeune, et qui évolue sans traitement. Il est toujours très mal aisé d'établir avec certitude l'époque de la contamination. En effet, il est bien exceptionnel que l'Arabe se présente au médecin au début de son affection. Malgré cela, malgré le fait qu'il ignore la relation existant entre les accidents des diverses périodes de la syphilis, on peut admettre que, pour une grande partie, les véroles indigènes ont été contractées dans l'enfance.

C'est à cette précocité des contaminations qu'il faut rattacher, en Tunisie, le grand nombre des syphilis inconnues. Et puis, trop nombreuses sont pour l'Arabe les raisons de contracter accidentellement la vérole, pour qu'il ne soit pas déjà infecté quand il atteint l'âge de la puberté.

Son mépris de la maladie intervient ensuite pour expliquer l'indifférence presque absolue avec laquelle il la voit et la laisse évoluer. La « Soultane », la maladie reine, comme l'indigène Tunisien nomme la syphilis, ne l'impressionne pas. Aussi, n'est-ce pas à la période primaire, ni à la période secondaire, qu'il

quittera son gourbi pour recourir au médecin. Il attend, et c'est seulement en proie à des fontes considérables du tissu osseux, ou à de vastes ulcérations suppurantes de la peau, qu'on le verra apparaître dans les dispensaires.

C'est donc chez des sujets jeunes que nous observons la plupart du temps les lésions de syphilis mutilante. Cependant, la précocité des contaminations et l'absence habituelle de tout traitement pendant une longue période de l'affection ne sont pas, semble-t-il, les seules causes entraînant les lésions térébrantes. D'autres facteurs interviennent certainement. Il est fort intéressant de noter que cette syphilis mutilante, si fréquente en Afrique du Nord, se rencontre presque uniquement chez des Bédouins, des Arabes du « bled », des nomades vivants sous la tente. Et la misère physiologique, la saleté extrême des habitants de ces douars, semblent avoir une influence certaine, en tant que facteurs de gravité de la syphilis, en tant que prédisposants aux lésions mutilantes. Celles-ci ne s'observent au contraire jamais chez les Arabes de la ville, artisans, commerçants, déjà policés, et tant bien que mal entachés de quelques principes d'hygiène.

Nous devons aussi signaler, sans toutefois nous y étendre, les idées originales, émises en premier par le Docteur Lacapère, sur les facteurs de gravité de la syphilis arabe. Celle-ci serait, à son avis, commandée par toutes les causes susceptibles de provoquer chez les individus de l'hypotension : absence d'alcool dans l'alimentation, fièvres paludéennes.

Sans retenir la première, on ne peut, quoique la question demanderait à être étudiée de très près, s'empêcher de reconnaître que les syphilis mutilantes sont rares dans les caïdats montagneux, non impaludés, alors que leur proportion s'accroît de façon très considérable dans certaines autres régions, chez lesquelles l'hématozoaire exerce de grands ravages.

Il serait impardonnable, à l'heure actuelle, de ne pas signaler un fait, qu'on commence à entrevoir avec certitude. Nous voulons parler de la probabilité d'une association, d'une symbiose fuso-spirillaire, qui viendrait compliquer les ulcérations syphilitiques, ainsi que cela a été tout dernièrement exposé au Congrès médical de Tunis, par un médecin italien, le Docteur Onorato, de Tripoli. Pour lui, c'est cette association fuso-spirillaire, qu'il appelle du reste strepto-bacillaire, qui créerait le phagédénisme.

Enfin, il semble encore qu'à l'encontre des idées répandues par M. le Professeur Sergent, la tuberculose soit, chez l'indigène, une cause d'aggravation de la syphilis.

Quoiqu'il en soit, nous constatons avant tout, que les syphilis avec lésions mutilantes sont nombreuses dans les pays du Moghreb, surviennent chez des sujets jeunes, en général, campagnards, agriculteurs, le plus souvent misérables, et fréquemment impaludés.

Etude clinique

La syphilis mutilante n'est que le résultat d'un phagédénisme térébrant, apparaissant soit à la période primaire, soit à la période tertiaire, plus rarement d'un phagédénisme superficiel, qui est alors le fait de la seule syphilis tertiaire.

Il faut donc avant tout étudier ce qu'est le phagédénisme, puisque c'est de lui que dériveront les lésions mutilantes ensuite passées en revue.

Fournier, Mauriac en ont laissé des descriptions magistrales, auxquelles nous ne pouvons mieux faire que de nous reporter.

Le phagédénisme, c'est un syndrome, une manière d'être, commune à un grand nombre d'affections et pas du tout spécial à la vérole. Mais il complique si volontiers les lésions vénériennes que ce mot évoque presque de façon réflexe une idée de spécificité. Chez l'indigène Nord-Africain, comme chez n'importe quel individu, le phagédénisme issu de la syphilis peut donc dériver de deux origines :

1° Le chancre.

2° Les lésions d'ordre tertiaire.

Nous ne nous arrêterons qu'à la seconde, seule responsable des mutilations dans la plupart des cas.

C'est donc de lésions à allures tertiaires que dérive le phagédénisme ; nous disons « allures », car ces lésions ne sont pas toujours d'âge tertiaire. Cela est particulièrement vrai chez l'indigène. Il faut, en effet, chez l'Arabe, accorder une large place à ce qu'on a appelé l'époque « secundo-tertiaire », constituée par des lésions revêtant le type secondaire, en général papuleuses, et qui, par des modifications peu marquées, mais quotidiennes, marchent vers des accidents plus sérieux, et revêtent petit à petit tous les caractères des syphilides tertiaires, ce qui fait que celles-ci se rencontrent dès les premières périodes de la maladie.

Ce phagédénisme tertiaire s'observe en n'importe quel endroit. Il a cependant des lieux de prédilection et il s'y localise avec une fréquence toute spéciale. Notons-les au passage, nous y reviendrons. Trois points sont particulièrement affectionnés : la verge, chez l'homme, le visage, la gorge. Les lésions des autres régions : tronc, membres, sont plus rares.

Symptomatologie

Le phagédénisme tertiaire n'a rien d'absolument caractéristique. Son allure est faite de celle des lésions dont il vient et on peut dire qu'il n'en est que « l'image agrandie ».

C'est un grand ulcère tertiaire, qui est bien délimité, mais creux, entouré d'un pourtour rouge sombre. Les bords, qui sont très adhérents, sont taillés à pic ; le fond est inégal, raviné, avec en grande abondance de mauvais débris, qui suintent. C'est à cause de cela que lorsque les ulcérations ont la peau pour théâtre, elles se recouvrent souvent de croûtes épaisses, ostréacées, de teinte noirâtre, que l'on connaît sous le nom de croûtes du tertiarisme.

Deux modalités sont donc possibles pour le phagédénisme tertiaire : le phagédénisme analogue à une plaie, et le phagédénisme croûteux.

Malheureusement, il ne reste pas toujours fidèle à ce type, et très souvent, il perd « son air de famille » pour prendre l'aspect d'une plaie quelconque, banale, mais de mauvais aspect. C'est ce que Ricord avait bien vu, quand il écrivait : « Tous les phagédénismes se ressemblent ou peuvent arriver à se ressembler ».

Ainsi, il prend parfois une forme inflammatoire, pulsatée, ou gangréneuse. Mais quel que soit son aspect, il est une caractéristique propre au phagédénisme, que celui-ci conserve toujours : c'est qu'il n'est que « l'exagération d'un processus ulcératif ».

Comment cette exagération se manifeste-t-elle ? De deux manières : soit par une extension en surface, type extensif, soit en envahissant les tissus en profondeur, se faisant cavitaire, donnant alors le phagédénisme térébrant. Pour être séparés, il n'arrive pas moins fréquemment que ces types se rencontrent, évoluant parallèlement, pour réaliser tous les degrés possibles.

1° *Phagédénisme de surface*. — S'il est parfois mal réglé, capricieux, dans sa manière de s'étendre, ce n'est qu'une exception. Il marche au contraire suivant une modalité méthodique ; il a, semble-t-il, une marche déterminée à l'avance, et c'est bien là un des caractères les plus frappants du phagédénisme tertiaire.

Il avance par « rayonnement centrifuge ». Parti d'un point central, il rayonne autour de son foyer d'origine, « constituant une série de zones d'invasion, circulaires et concentriques ». Chose à noter, la cicatrisation a une marche analogue. Elle procède seulement en sens inverse, partant du centre.

Il avance aussi par « traînée serpentine ». Ce sont alors de simples traînées ulcéreuses, droites ou onduées ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est l'état différent des deux extrémités de la bande serpigi-

neuse. L'ulcération serpente « détruisant par un bout, et se réparant par le bout opposé ». Grâce à cela, elle conserve à peu près la même étendue de surface, pendant toute sa durée. Dans ce type de phagédénisme serpigineux, il faut faire place à une variété un peu spéciale : le phagédénisme érosif, qui affecte parfois des étendues considérables de tégument, mais ne fait que les effleurer. C'est cette variété pour laquelle Fournier proposait l'appellation de syphilides eczématiformes phagédéniques.

2° *Phagédénisme térébrant*. — Il a pour caractéristique propre sa qualité perforante. Il creuse, détruit et mutile en profondeur, anéantissant réellement tout ce qu'il rencontre devant lui. Il débute par le ramollissement d'une gomme envahissante et dévore la peau et le tissu sous-cutané. Arrêté un instant par la barrière que lui dresse le tissu fibreux aponévrotique, il finit pas en avoir raison et gagne alors les muscles, dans lesquels il creuse de vastes anfractuosités, puis les os même, qu'il corrode, soit par dénudation et destruction des vaisseaux du périoste, soit par infiltration gommeuse préalable.

Les vaisseaux et les nerfs sont des tissus qui résistent assez bien. On trouve pourtant dans la littérature des observations montrant qu'ils ne sont pas à l'épreuve, et on a vu des cas mortels, par hémorragie due à l'ouverture de vaisseaux importants, comme l'artère linguale.

C'est donc avant tout cette modalité térébrante qui se traduira par les ulcérations, les entamures, les dé-

labrements intenses, véritables anéantissements d'organes, que nous étudierons.

Dans certains cas, ce phagédénisme marche avec une extrême rapidité, détruisant en quelques mois des portions considérables de tissus. Cette évolution aiguë est en général le fait du phagédénisme térébrant. Et c'est à ce sujet qu'il y a lieu de faire intervenir la notion récente d'une association microbienne dans la production du phagédénisme. Ces poussées aiguës, qui ne sont certainement pas le fait de la syphilis seule, pourraient s'expliquer ainsi. Et il semble bien qu'on doive admettre alors un microbe surajouté et vraisemblablement une symbiose fuso-spirillaire.

Dans d'autres cas, on est en présence d'une marche lente, vue surtout avec le phagédénisme superficiel, et entre ces deux éventualités extrêmes, il arrive d'observer tous les cas possibles.

Le plus souvent, l'apparition de ce phagédénisme reste sans influencer sur l'état général, et celui-ci demeure normal. Dans quelques cas, peu nombreux, il présente un certain degré d'atteinte, mais il est jamais touché que lentement, souvent après un temps considérable.

Quant à la terminaison, si rare est le passage à la chronicité, qu'on peut dire qu'il n'y en a qu'une pour le phagédénisme traité : c'est la guérison. Mais celle-ci n'est obtenue qu'aux prix de cicatrices toujours disgracieuses, et de déformations parfois effrayantes, que nous allons maintenant étudier.

Il est très habituel que le phagédénisme ait pour

conséquence la destruction d'organes, ou tout au moins d'une partie d'organes. Tous peuvent être atteints, mutilés, non pas seulement mutilés, mais encore complètement détruits. Fréquemment, les cavités naturelles sont atrésiées, comblées. Tout cela se voit journellement dans nos possessions nord-africaines, où on rencontre pour ainsi dire à chaque pas des indigènes, que la vérole a mutilés.

Que faut-il entendre par mutilations ? Il semble qu'il faille comprendre, englober sous cette dénomination, non pas seulement les cas où il y a perte totale d'un organe, comme par exemple le nez, un doigt, la verge, mais aussi toutes les ulcérations d'origine syphilitique, qui présentent un caractère nettement et profondément térébrant.

Les lésions gommeuses de l'indigène sont très volontiers phagédéniques. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer des membres, inférieurs surtout, presque entièrement décortiqués par des ulcères gommeux phagédéniques, encore qu'il faille, en Afrique du Nord, faire la distinction entre le phagédénisme véritable, moins fréquent, et le faux phagédénisme, qui n'est que l'extension progressive de lésions non traitées, abandonnées à elles-mêmes. Ce point a été bien élucidé par les travaux de Brault.

Quand la gomme siège au niveau d'un plan osseux, le périoste ne tarde pas à être envahi, puis c'est l'os sous-jacent, et celui-ci devient le terrain de manœuvre d'une ostéite gommeuse. Si c'est sur un plan musculaire qu'évolue la lésion, celui-ci peut être atteint par la myosite gommeuse. Enfin, au voisinage d'une

articulation, les tissus péri-articulaires sont souvent contaminés par les gommès, et l'articulation elle-même se trouve envahie par contiguité. On voit ainsi se constituer de l'extérieur à l'intérieur une pseudo-tumeur blanche.

Tous ces cas peuvent et doivent compter parmi les mutilations.

I. — Lésions des muqueuses

Dans toute l'Afrique du Nord, en Tunisie particulièrement, la proportion des lésions bucco-pharyngées est énorme. En général, la syphilis, dans ces pays, manifeste à l'égard des lèvres et de la langue, un certain respect, et s'en prend la plupart du temps au voile du palais. Ces lésions s'observent du reste dans nos pays, et l'évolution de celles des Africains n'en est pas différente.

D'ordinaire, on est en présence d'une ulcération marginale, qui rase parfois la luette et envahissant le voile du palais, finit par en provoquer la destruction totale, ou tout au moins de sa portion membraneuse.

L'ulcération n'est pas toujours marginale, elle peut siéger au centre, se voir sur une seule des faces ou sur les deux, mais quoiqu'il en soit, le résultat est toujours le même : c'est la perforation. Il y a alors souvent des désordres fonctionnels assez sérieux, pour décider l'Arabe à se présenter dans les dispensaires. S'il tarde, on assiste à la production de déformations plus ou moins importantes, et ce n'est qu'à ce prix que survient enfin la cicatrisation. La luette a dis-

paru, le voile est souvent absent. Il y a toutefois une forme de terminaison, qui paraît bien être la plus fréquente chez les indigènes tunisiens. C'est « l'ankylose palato-pharyngée, réalisée par le fait que le voile, dont le bord est abrasé, s'insère sur la paroi postérieure du pharynx.

L'extension des lésions du voile donne souvent des perforations de la voûte palatine, mais cette mutilation, extrêmement fréquente chez les Arabes, est beaucoup plus souvent le résultat de lésions nasales. La perforation se fait alors de haut en bas. Nous l'étudierons avec les lésions du nez et du centre de la face.

En même temps que le voile, il y a bien souvent atteinte du pharynx proprement dit. Il arrive que toute la muqueuse soit détruite, et on trouve, signalé par le Docteur Lacapère, un cas observé par lui à Fez, où le processus ulcéreux avait envahi la partie superficielle des corps vertébraux.

II. — Mutilations régionales

Fréquemment, chez l'indigène, on observe des syphilides tertiaires, qui frappent électivement certaines régions. On les voit alors atteindre et corroder tous les tissus constitutifs. Il semble que la marche de ces accidents soit alors réglée par les dispositions anatomiques de la région au niveau de laquelle elles évoluent. Certains obstacles naturels dressent une barricade à la marche des lésions, et c'est à leur niveau qu'elles viennent mourir. Il en résulte qu'on

remarque, d'un individu à l'autre, des aspects très analogues ; ils constituent de véritables types, dont on peut, jusqu'à un certain point, prévoir l'évolution.

1. *Syphilis ulcéreuse du centre de la face*

« La région atteinte correspond exactement à la zone décrite par Sabouraud, sous le nom d'ovale centrale de la face. Elle comprend la région intersourcilière, le nez, les plis naso-géniens, le pourtour de la bouche, en un mot toute la zone d'élection des séborrhéides de la face. » C'est ainsi qu'on en trouve la topographie décrite par le Docteur Lacapère. Il est de règle absolue de constater une propagation ultérieure des lésions à la muqueuse du naso-pharynx.

La localisation de cette syphilis paraît pouvoir s'expliquer par le peu de solidité des tissus de cette région et aussi par « la sénilité précoce de la peau ». Le visage de l'Arabe est constamment exposé à toutes les intempéries : chaleur du soleil, pluies torrentielles et glacées, vents brûlants et desséchants du Sud. La chéchia, la bonne coiffure coranique, sans bords, ne le protège nullement. Quant aux femmes, Bédouines de la campagne, elles sont rarement voilées, et chez elles, qui travaillent la terre, le visage libre, cette localisation est fréquente, alors qu'elle devient une exception, une rareté, chez les citadines, prisonnières du « haïck », dès qu'elles s'aventurent au dehors.

Le début de cette lésion n'est qu'une infiltration à laquelle ne tarde pas à faire suite une phase de ramollissement.

A un moment donné, cette infiltration, qui déjà a atteint la peau, les cartilages, la muqueuse nasale, subit une fonte brusque, brutale, et c'est avec une surprenante rapidité qu'on voit s'étendre les ulcérations sur ces régions déjà toutes infiltrées. Tous les plans, les uns après les autres, téguments, muqueuse, squelette cartilagineux, cornets, souvent les os propres du nez, sont l'objet d'une disparition complète, totale. L'ulcération s'arrête en bas, au niveau de la lèvre supérieure, et remonte en haut, jusqu'à l'espace intersourcilier. Au milieu de la face, ce n'est plus qu'un trou béant, par où s'écoule un liquide sanieux. Le voile du palais est atteint complètement, souvent aussi la muqueuse pharyngée. Il y a des perforations du voile, des destructions larges, et aussi des « symphyses palato-pharyngées ». En même temps, on peut voir des fusées partir de la muqueuse nasale ; elles remontent les canaux lacrymaux, font apparaître une dacryocystite gommeuse et, s'accompagnant de fusées orbitaires, donnent du strabisme par myosite des muscles intrinsèques, avant d'en arriver à la panophtalmie, par atteinte du globe oculaire lui-même.

Très souvent, c'est à la voûte palatine que se fait la propagation des lésions nasales. La voûte osseuse est alors perforée de haut en bas. Ces perforations peuvent être multiples.

Souvent, tout le tour de la cavité buccale est creusée d'ulcérations, qui mettent à découvert les arcades dentaires, et anéantissent une partie des gencives.

Il est de règle que ces lésions évoluent spontanément vers la guérison ; mais ce n'est que grâce à des

sacrifices étendus, et avec une lenteur inouïe. Ce n'est qu'après plusieurs années, des récidives, des recommencements multiples, que les accidents arrivent à s'apaiser et à s'éteindre. La circonférence buccale est considérablement rétrécie; les lèvres érodées montrent des arcades dentaires déshabitées et détruites. L'atrésie buccale entraîne des troubles fonctionnels marqués.

Le nez a plus ou moins disparu, le voile n'existe plus, et bien souvent au lieu et place de l'orifice nasal, il n'y a plus rien qu'un orifice cutané, percé d'un trou. Les yeux ont comme fondu, et c'est sans la dépression marquant d'ordinaire la transition, que la peau passe du bord sourcilier, à l'apophyse malaire. De ces syphilis mutilantes de la face nous avons pu réunir plusieurs observations.

OBSERVATION I

(Docteur CASSAR, *Hôpital Sadiki*)

Mabrouka, jeune fille de dix-huit ans, originaire de Matmata, est la troisième fille d'une famille de sept enfants.

Père et mère vivants et en bonne santé. Typhus exanthématique à l'âge de sept ans. Régée à 12 ans, normalement. Syphilis contractée dans la première enfance sans précision sur l'âge exact où elle a été acquise.

Elle se présente à la consultation du Service Annexe de l'Hôpital Sadiki le 20 novembre 1921, pour qu'on remédie à l'infirmité qui l'afflige, et qui fait de sa personne un objet de pitié et d'horreur, même pour son entourage. Cette infirmité est la conséquence d'une série de poussées successives de syphilides ulcéreuses, qui à cinq ou six reprises différentes, ont ravagé le visage, pour aboutir en trois ans à la



Photo I

situation actuelle, laquelle est un état cicatriciel pur, indemne de toute lésion évolutive.

Effectivement, l'aspect de la malade est repoussant. Il ne subsiste d'intact, au niveau de la face, que les oreilles, et la partie supérieure du front. Mais si tous les traits du visage ont été brouillés, c'est surtout la morphologie du centre de la face, et en particulier de la bouche, qui a été le plus remaniée. La bouche est occupée par un orifice constamment béant, vaguement quadrangulaire, dont les limites sont : en bas la lèvre inférieure, en haut les narines étalées, sur les côtés, par du tissu cicatriciel, qui s'est substitué aux commissures labiales.

La lèvre inférieure est constituée par un boudin tuméfié, de couleur violacée, et cette teinte est due à la muqueuse qui est éversée. L'ensemble prend une forme semi-lunaire, avec concavité tournée en haut; de plus la cicatrice rétractile qui a remplacé la commissure labiale droite, tire la lèvre inférieure vers la droite, et la déjette vers le bas.

La commissure labiale gauche est remplacée par une cicatrice rétractile de forme triangulaire, dont la base s'étend du sillon naso-génien gauche à l'extrémité gauche de la lèvre inférieure, et le sommet se termine sur le rebord du maxillaire inférieur à 3 ou 4 cm. du milieu du menton.

La lèvre supérieure est entièrement détruite, et ce sont les ailes du nez, qui tendues et légèrement étalées, tiennent lieu de limite supérieure de la bouche. Le maxillaire supérieur est détruit sur toute l'étendue de son arc antérieur. Les muqueuses jugales droite et gauche sont le siège de cicatrices hypertrophiques en forme de tuméfactions semi-sphériques, bombant à l'intérieur de la cavité buccale.

La denture du maxillaire inférieur a disparu, et est remplacée par une prolifération de la muqueuse gingivale, qui fait également saillie à l'intérieur de la cavité. La voûte palatine est détruite entièrement autant dans son plan muqueux que dans sa partie osseuse.

L'armature cartilagineuse du nez est supprimée, et il ne subsiste que les os propres du nez, qui soutiennent encore les parties molles lesquelles sont tendues d'un os malaire à l'autre, comme une tente mal assujétie.

Les téguments de la face sont couturés de cicatrices qui, sur la joue droite, s'étalent sous forme de bourrelets parallèles à l'arcade zygomatique.

Sur la joue gauche, on constate l'existence d'une légère cicatrice étoilée, déprimée au centre de la joue, et tirant les tissus avoisinants. Les paupières de l'œil gauche sont presque complètement fermées par la présence de brides cicatricielles, réduisant la fente palpébrale en un mince pertuis. Le sourcil gauche subsiste. L'œil droit a conservé sa morphologie normale, mais le sourcil manque, remplacé par une cicatrice leucodermique. Une cicatrice à contours polycycliques s'étend de la tempe droite à la base du nez. A ce niveau, on note l'existence d'une dépression profonde, entamant la base du nez, et recouverte de croûtes noirâtres.

Avec son alopécie sourciliaire, l'aspect cahotique de cette physionomie hoffmanesque donne au premier abord l'impression de lèpre mutilante. Mais à un examen plus attentif on note avec évidence les stigmates d'une syphilis ulcéreuse éteinte, qui en l'espace de 3 ans a détruit beaucoup plus en profondeur qu'en surface la partie antérieure du massif facial.

Au point de vue viscéral, il n'y a rien à signaler.

Cœur et poumons normaux. Foie un peu gros, dont le bord inférieur est senti. Rate non perçue.

L'examen du système nerveux, réflexes tendineux et pupillaires, est entièrement négatif.

R. B. W. + + +.

Le traitement suivi jusqu'à présent se réduit à l'absorption d'iodure de K « Achba » et à l'application de topiques.

OBSERVATION II

(Docteur CASSAR, *Hôpital Sadiki*)

Sadok ben Ammar, 49 ans, de Tebourba (Tunisie). Père de 3 enfants vivants et en bonne santé, deux enfants morts en bas âge. Sa femme a eu 3 fausses-couches. Syphilis remontant à l'enfance, sans précision sur la nature des lésions,

ni sur la date du début de l'affection. Dans ses antécédents, on relève une fièvre typhoïde à 15 ans, une blennorrhagie à 18 ans, et surtout de nombreux accès de paludisme.

Les lésions qui l'ont incité à se rendre à la Consultation du Service de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'Hôpital Sadiki, ont débuté, il y a environ six mois, par une ulcération de la commissure labiale gauche, ulcération qui vu son indolence n'a pas inquiété le malade. Cette ulcération s'est agrandie peu à peu du côté de la lèvre supérieure. Son extension s'est faite surtout en surface. Elle a gagné par voisinage le centre de la joue, et revêtu la forme d'un grand arc de cercle, qui se terminait à l'extrémité gauche du sillon naso-génien. Le processus ulcératif s'est poursuivi sur l'aile gauche, le dos du nez, l'œil droit et les deux tiers antérieurs de la lèvre supérieure pour aboutir enfin à la commissure labiale droite.

Cet état dura quelques mois, puis brusquement le processus ulcératif de superficiel qu'il était devint franchement térébrant, attaquant les plans profonds, et suivant le chemin parcouru antérieurement. Successivement, sont détruits le tiers antérieur de la lèvre inférieure, les trois quarts de la joue gauche, l'aile droite du nez, laissant intacte la charpente nasale (tissus cartilagineux et osseux), et enfin la presque totalité de la lèvre droite.

Présentement, on se trouve en face d'une vaste ulcération arrondie, ayant détruit une portion de la lèvre inférieure du côté droit, et dont le bord décrit un premier arc de cercle, passant à trois travers de doigt du lobule de l'oreille, à deux travers de doigt du rebord orbitaire, pour s'arrêter après avoir décrit un deuxième arc secondaire, sur le lobule gauche et l'extrémité du nez.

Du côté droit, il existe une ulcération à bords nettement arrondis, partant de la région sous-narinaire, se réfléchissant en un orbe parfait sur la lèvre (moitié droite) pour se terminer à la commissure labiale. Le bord de cette ulcération est recouvert d'une vaste croûte, rupôide, adhérente.

Le phagédénisme intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le tissu musculaire, découvrant l'arcade dentaire supérieure, depuis la canine droite jusqu'à la deuxième mo-



Photo II

laire. Il existe en outre un déchaussement des racines dentaires, consécutif à une ulcération de la muqueuse gingivale, ulcérations à bords géographiques.

R. B. V. + + +.

Au point de vue somatique, le sujet est paludéen. La Rate déborde de deux travers de doigt le rebord costal. Le Foie est gros et accessible. Il existe une anémie assez prononcée. Rien à signaler au niveau des autres viscères.

OBSERVATION III

(Docteur CASSAR)

Syphilides ulcéreuses mutilantes, non évolutives du centre de la face. Destruction du nez et des lèvres.

Etat cicatriciel définitif.

Amor ben Salah, 19 ans, originaire de TebourSouk (Tunisie), est le deuxième garçon d'une famille de cinq enfants. Parents en vie et en bonne santé. Aucun renseignement digne d'intérêt sur les antécédents du malade. Aucune précision sur le début et la marche de l'affection, qui amène ce jeune homme à la Consultation de l'Hôpital Sadiki.

Le patient nous renseigne seulement sur les accidents, qu'il fait remonter à environ quatre ans, et qui ont abouti à l'état cicatriciel, qu'il offre aujourd'hui à notre observation. Ces accidents ont débuté par le nez, sous forme d'une ulcération, siégeant sur l'aile droite de la narine. Très rapidement, cette ulcération s'est agrandie, détruisant l'aile droite du nez, puis l'aile gauche, laissant le cartilage à nu. Peu à peu, elle aurait gagné le cartilage lui-même, lequel ne tarda pas à être supprimé. En même temps, l'ulcération se propagea à la lèvre supérieure, aux commissures, et à la lèvre inférieure. Ces différentes parties furent successivement rongées, malgré l'application de topiques aussi divers que paradoxaux, malgré l'intervention du « toubib » et malgré enfin l'absorption d'une quantité considérable d'« Achba », c'est-à-dire d'une solution d'Iodure de potassium dans l'eau, qui semble néanmoins avoir aidé à la cicatrisation finale.



Photo III

Le sujet vient donc à nous, à l'heure où aucune intervention thérapeutique antisiphilitique ne semble plus utile, la bonne nature s'étant chargée de remettre toutes choses au point, en fermant presque hermétiquement les orifices nasal et buccal. Du nez, il ne reste plus, en effet, aucun vestige. Une cicatrice rétractile en occupe la place. Cette cicatrice pousse divers prolongements du côté de l'angle interne des yeux, et bride les paupières, du côté droit surtout, en les attirant vers le centre de la face. Au centre de ce tissu fibreux, on aperçoit un petit orifice qui laisse à peine passer une grosse aiguille, et par lequel le malade est contraint de respirer. Cette cicatrice nasale se poursuit du côté de la bouche par un pont fibreux, occupant la partie médiane de la lèvre supérieure détruite.

De la bouche, il ne reste plus qu'un orifice circulaire permettant l'introduction d'une grosse sonde cannelée, ou d'un crayon de petit diamètre. Les lèvres ont été remplacées par deux cicatrices latérales, blanchâtres, chéloïdiennes, simulant assez bien une paire de moustaches factices.

Ce remaniement de la physionomie donne au malade une curieuse attitude de siffleur permanent, lorsqu'on le regarde de face.

Les importantes fonctions de la respiration et de l'alimentation sont forcément très difficiles. L'inspiration nasale s'aide de la respiration par le pertuis buccal, et s'accompagne d'un bruit de suspiration assez curieux. L'alimentation liquide est seule permise.

Malgré ces conditions défectueuses, le malade ne semble pas avoir trop souffert dans son état général, qui est relativement bon.

Aucune trace de lésions viscérales. Urines normales, ni sucre, ni albumine.

R. B. W. + + +.

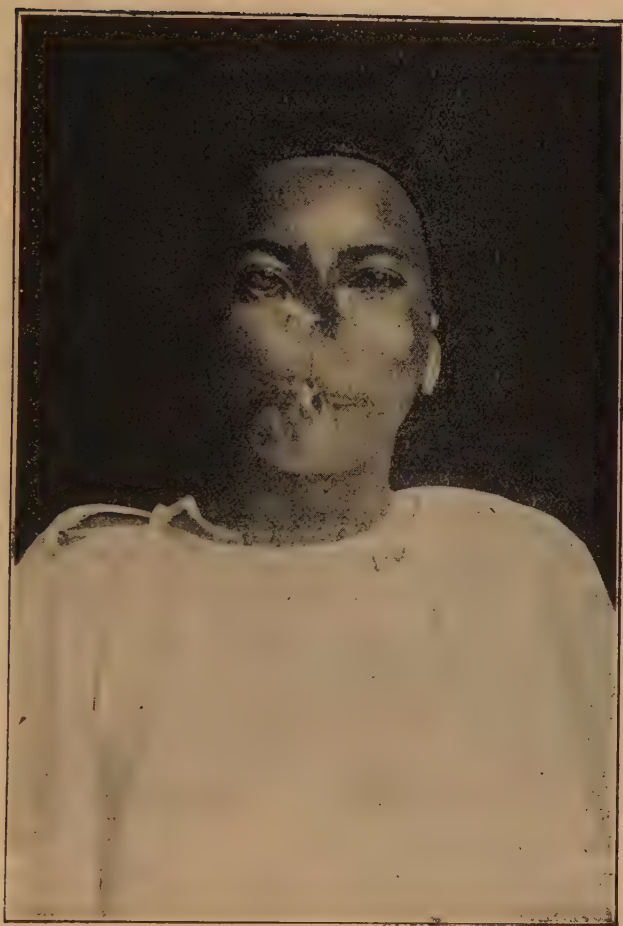


Photo IV

OBSERVATION IV

(Docteur CASSAR)

Mohamed ben Ali, 17 ans, originaire de Mateur (Tunisie), se présente à la consultation de syphiligraphie de l'Hôpital Sadiki le 20 septembre 1920 pour une cicatrice rétractile de la face, consécutive à une ulcération térébrante, ayant détruit presque entièrement la lèvre supérieure et la moitié droite du palais osseux. Le processus ulcératif aurait abouti à l'état cicatriciel constaté actuellement, en l'espace de deux mois et demi.

Le début se serait fait au niveau de la commissure labiale droite, puis l'ulcère gagnant de proche en proche se serait étendu à la partie interne de la joue, se limitant en dedans par le sillon naso-génien. Il aurait alors gagné la lèvre supérieure et se serait infléchi sur la joue gauche jusqu'à trois travers de doigt du rebord orbitaire. Dans son évolution, cet ulcère travaillant en profondeur, a détruit le rebord maxillaire supérieur, ainsi que le palais osseux dans leur moitié droite. Le processus cicatriciel aurait suivi le même processus que l'ulcération.

Les lésions qui s'offrent à l'observation à l'entrée du malade dans le service sont les suivantes : Au point de vue tégumentaire, la lèvre supérieure est détruite entièrement. Seule existe une manière de voile cicatriciel occupant la place de la moitié droite de la lèvre supérieure, la moitié gauche de la lèvre étant représentée par une cicatrice rétractile qui occupe la presque totalité de l'organe détruit, tant en épaisseur qu'en longueur. Cette cicatrice, d'autre part, effectue son insertion au moyen de deux brides jetées sur la région sous-narinaire, et le rebord inférieur de la narine droite. Il s'en suit que le nez est fortement dévié vers la droite, en même temps que l'orifice narinaire droit est fortement rétréci.

De part et d'autre du nez, existent deux cicatrices chéloïdiennes partant des commissures et se dirigeant d'une manière presque rectiligne vers les rebords orbitaires, si bien



Photo V

que lorsque le malade ouvre l'orifice buccal, la lèvre inférieure est attirée par ses deux commissures vers le haut du visage. Cette attitude donne à la physionomie un air d'hébaïssment tout à fait comique, représentant bien la figure de pître.

Par l'orifice buccal, on remarque très nettement la destruction de la moitié droite du plan osseux, causée par la disparition du maxillaire supérieur sur l'étendue des deux incisives droites.

R. B. W. + + +.

Il existe de plus une ankylose du coude gauche due à une arthrite syphilitique.

Au point de vue viscérale, il n'y a à noter que la présence d'une rate nettement perceptible, et qui déborde les fosses côtes de deux travers de doigt à peu près. Le sujet est du reste paludéen; on n'a pas trouvé d'hématozoaires dans le sang au moment de l'examen, mais l'état général est déficient; il existe une anémie très prononcée, qu'on pourrait presque baptiser cachexie palustre.

Rien à signaler aux autres viscères, et spécialement, intégrité complète du système nerveux.

OBSERVATION V

(Docteur CASSAR)

Menacen bent Ascia, jeune fille indigène de quinze ans, venant de la région très impaludée de Gafour. Il n'y a rien à noter dans ses antécédents en dehors de son paludisme. La date de début de sa syphilis est absolument indéterminée. Elle entre dans le service de Syphiligraphie pour une ulcération occupant le centre de la face, et dont le début remonte à huit mois. Il s'agit d'une ulcération à bords nettement circonscrits, dont la limite peut s'apprécier ainsi. Elle part de la commissure labiale gauche, longe le bord cutané de la lèvre sur sa moitié droite, se réfléchit sur le bord inférieur de l'aile droite de la narine, suit le lobule du nez et le bord interne de l'aile gauche, à proximité du sillon naso-génien

pour venir enfin se terminer à la commissure labiale gauche.

Cet ulcère superficiel, au niveau de la commissure et des lèvres, dans leur moitié inférieure, présente un caractère nettement térébrant et destructif au niveau de la région sous-narinaire et de la cloison. Les bords en sont taillés à pic, le fond très bourgeonnant saigne avec facilité au contact.

La malade est en outre porteuse de gommès au bras et au mollet droit.

R. B. W. + + +.

Au point de vue viscéral, on trouve une grosse rate et des adénopathies ganglionnaires multiples.

Tous les autres organes sont intacts, y compris le système nerveux.

En résumé, il s'agit d'une syphilis ulcéreuse mutilante du centre de la face, sorte de premier stade des grandes mutilations de la région.

OBSERVATION VI

(Docteur CASSAR)

Kadidja bent Mosbah, 17 ans, née à Ferryville. Elle est la dernière d'une famille de trois enfants. Ses parents sont vivants. Dans ses antécédents, il ne faut retenir que de fréquents accès de fièvres intermittentes. Bon état général. Aucun stigmates d'Hérédo-Syphilis.

Le père pense que l'enfant aurait été infectée en bas-âge, mais ne peut fournir aucune précision sur le début d'évolution des ulcérations de cette maladie cutanée, que lui-même baptise spontanément « Soultane ».

Les lésions, qui amènent la malade à l'Hôpital Sadiki ont débuté il y a six mois, par une ulcération siégeant dans le pli naso-génien gauche. Rapidement le nez s'est tuméfié et ulcéré à son tour; enfin l'ulcération a gagné la joue dans la région avoisinant le sillon naso-génien droit, et en dernier lieu la moitié droite de la lèvre supérieure.

Actuellement, on est en présence d'une syphilis tuberculo-ulcéreuse, ayant détruit toute la moitié antérieure du nez,

la cloison, la sous-cloison et les narines. La lèvre supérieure dans sa moitié droite est le siège d'une ulcération superficielle, qui s'étend sur la muqueuse labiale. Cet ulcère présente des bords circinés, taillés à pic. Le fond est bourgeonnant, recouvert de pus et de détritüs bourbillonneux. Les lésions reposent sur un tissu tuberculeux, qui a envahi les orifices narinaïres, lesquels ne sont plus représentés, du côté droit, que par un petit pertuis, laissant à peine passer le petit doigt. La malade exhale une odeur repoussante; l'indolence des lésions est absolue.

On constate de plus l'existence d'une gomme ulcérée de l'avant-bras en son tiers inférieur.

R. B. W. + + +.

Au point de vue viscéral, on ne peut noter que l'existence d'une très grosse rate. Pour tout le reste, l'examen somatique est négatif.

En résumé, on est en présence d'une syphilis tuberculo-ulcéreuse du nez, arrivée au deuxième stade de mutilation du centre de la face.

L'évolution vers des accidents aussi considérables n'est cependant pas fatale, et on observe bien des formes, qu'on peut dire frustres. La plus souvent vue, parmi celles-ci est la syphilis du nez, qui du reste n'est pas étrangère aux pays d'Europe. Limitées au nez, les lésions conditionnées par le tréponème attaquent le tégument, la muqueuse, le squelette cartilagineux ou osseux, aboutissant à un certain nombre de déformations, qui encore une fois, ne sont pas spéciales aux indigènes africains.

On peut avoir le nez pincé, le nez en bec de perroquet, avec perforation de la cloison nasale et de la voûte palatine, le nez en lorgnette, le nez en pied de marmite, ce dernier étant réalisé par l'atteinte des



Photo VI

os propres, et le respect des cartilages. Parmi toutes ces déformations, la plus fréquente chez les Arabes paraît toutefois être l'affaissement complet du nez par fonte du squelette osseux et cartilagineux. Le nez est rentré alors dans le massif facial, et seuls les orifices des narines indiquent encore sa place. Enfin, souvent aussi, les lésions des divers tissus s'associent pour donner la destruction unique mais totale du nez.

On ne peut pas ne pas accorder un regard aux lésions térébrantes de la région médio-frontale, qui sont très fréquentes. On voit dans celles-ci le périoste s'infiltrer, et l'os sous-jacent subir une nécrose, tout au moins de la table externe, sans cependant donner la perforation complète, telle qu'on la rencontre en d'autres points du crâne. Cette localisation est peut-être bien due, comme cela a été écrit, aux traumatismes répétés subis par le front à l'heure de la prière, sur le sol, ou sur les dalles de la mosquée.

2. *Lésions des organes génitaux*

A côté des lésions térébrantes, qui ont pour théâtre d'opérations la face, on trouve avec une fréquence peut-être encore plus considérable chez les Indigènes Nord-Africains, celles qui attaquent et lèsent les organes génitaux externes, la verge en particulier.

A ce niveau, la syphilis tertiaire ulcéreuse, térébrante, donne très souvent une ressemblance extraordinaire avec l'accident primitif, le chancre Arabe, ulcéreux, excavé, phagédénique, à tel point qu'on les

a appelées « syphilides chancréformes ». C'est toujours avec des ulcérations considérables qu'on observe les Arabes. Sur le gland, il s'agit de lésions destructives, qui nous le montrent sillonné de tunnels, creusés en plein milieu de sa substance. Cela l'oblige à revêtir des formes très irrégulières. On connaît surtout le gland en sifflet, observé maintes fois par les militaires habitués des conseils de revision, à l'intérieur du bled.

Souvent, le méat est rongé, et on peut se trouver en présence de perforations de l'urèthre, obligeant l'urine à emprunter un autre chemin que normalement. Il n'est pas exceptionnel de constater la disparition de la moitié du gland et davantage. D'autres fois, c'est au niveau du sillon balano-préputial, que se trouvent les lésions, et celles-ci à cause de la circoncision, de règle chez les Indigènes, empiètent à la fois sur le gland et sur le fourreau. L'accident se voit aussi à ce niveau, et on voit des fourreaux décortiqués sur une grande partie de leur longueur. Quand les lésions sont très vieilles, on arrive même à voir ces syphilides ulcéreuses se propager successivement à tout le pénis; l'organe est alors peu à peu détruit de l'extrémité vers la racine. Il y a disparition complète du gland, et le Docteur Lacapère signale un cas où la verge totalement amputée était réduite à un moignon, long de un à deux centimètres, terminé par deux tubercules superposés, entre lesquels venait aboutir l'urèthre.

Le testicule est très souvent frappé. Au début, ce n'est qu'une simple orchite syphilitique, qui ne diffère

en rien de celles rencontrées chez les Européens ; mais la terminaison normale de cette localisation chez l'Arabe, c'est le ramollissement et l'ouverture à l'extérieur. Il faut savoir que cette lésion évolue très lentement, et qu'au point de vue de sa fistulation, elle possède un lieu d'élection extrêmement net : c'est le sillon pénio-scrotal.

Cette ulcération creuse, térébre, et le testicule finit par se trouver accolé à la fistule. On voit des bourgeons, qui font issue par la perte de substance. Le fungus superficiel se trouve réalisé ; d'autrefois la perte de substance est plus importante. La glande testiculaire fait hernie à l'extérieur, elle se sphacèle, et la masse glandulaire peut être éliminée, tout entière ou partiellement.

OBSERVATIO NI

(Docteur CASSAR, *Hôpital Sadiki*)

Hassouna ben Saad, 35 ans. Tunisien, indigène musulman, marchand aux souks.

A eu il y a cinq ans une plaie des organes génitaux, suivie au bout de quelques semaines de maux de gorge et de douleurs céphaliques. Il s'est traité au moyen de préparations mercurielles, et par deux saisons aux eaux de Korbous.

Il vient consulter le 25 mai 1921 à l'hôpital Sadiki pour de multiples ulcérations du gland, datant de un mois et demi à deux mois environ et pour lesquelles le malade a vainement appliqué les méthodes thérapeutiques qui lui avaient si bien réussi au début de sa maladie.

A son entrée dans le service, on observe les lésions suivantes :

1° Une ulcération à bords arrondis, taillés à pic. Le fond est bourgeonnant, de couleur rouge clair, quand on l'a débar-



Photo VII

rasé des débris épidermiques, croûtes et pus, qui le recouvrent. Une autre siégeant à la partie latéro-inférieure gauche du fourreau, à peu près à mi-distance de la racine de la verge et de l'extrémité du gland.

2° Trois ulcérations siégeant au niveau du gland. La première revêt à peu près la forme d'un S incomplet; elle est située sur la partie supérieure du gland et va du sillon balano-préputial du côté gauche, se réfléchissant sur le dos de l'organe, au voisinage de l'origine de l'urèthre, pour se terminer sur la face inférieure. Cette ulcération a 3 centimètres de large et entame profondément le tissu mou.

Une seconde ulcération, de forme arrondie, siège sur le côté latéral du gland, et a détaché comme à l'emporte-pièce, une surface de tissu représentant la largeur d'une pièce de deux francs en argent.

Enfin sur la surface inférieure, il existe une ulcération, qui a ouvert l'urèthre sur une longueur de 2 centimètres et demi à 3 centimètres. Cette ulcération affecte une forme grossièrement linéaire; elle n'intéresse que les tissus mous et la partie inférieure de la muqueuse uréthrale.

De la structure normale du gland, il ne reste plus que trois îlots de tissu sain : un îlot arrondi latéro-supérieur gauche, de la dimension d'une pièce de deux francs; un îlot latéro-supérieur droit à bords géographique, un îlot inférieur, qui circonscrit l'urèthre.

Il existe enfin de l'œdème du fourreau, juxta-balanique, donnant une ébauche de prépuce à jabot.

Toutes ces lésions sont évolutives, et le malade est venu consulter, à cause de la rapidité avec laquelle s'effectue la destruction de son gland. On note une adénopathie inguinale prononcée. Absolument rien au point de vue viscéral, ni au point de vue nerveux.

R. B. W. ++.

OBSERVATION II

(Docteur CASSAR)

Sadok ben Ferdjani, 20 ans, né à Testour (Tunisie), entre à l'hôpital Sadiki le 13 mai 1925 pour favus à godets, datant de son enfance, et recouvrant tout le cuir chevelu.

A l'examen du malade, on découvre en même temps au niveau des organes génitaux, deux ulcérations. L'une siège au niveau du gland et l'autre sur les bourses.

L'ulcération du gland date de deux mois et demi. Elle aurait débuté par l'extrémité de l'organe au voisinage de l'orifice uréthral, et se serait propagée très rapidement vers le sillon, abrasant la partie supérieure des parties molles du dos de l'organe. Actuellement, cette ulcération présente des contours arrondis, dont les bords taillés à pic entament les parties molles de toute la partie supérieure de l'organe, jusqu'au sillon balanique. Il est à remarquer l'aspect bourbillonneux du fond de l'ulcération. Cette destruction a eu pour effet d'affecter le gland dans le sens de la hauteur, première étape vers l'aspect dit en « bec de flûte » qui est une mutilation fréquemment observée chez l'indigène musulman.

Du côté des bourses, il existe une perte de substance de la partie inférieure du côté droit, perte de substance parfaitement arrondie et de la surface d'une paume de main.

A travers cette brèche, on aperçoit le testicule gros, dur, « en galet » qui vient faire hernie à l'extérieur.

Cette destruction est postérieure de quinze jours à la lésion du gland. Elle s'est développée également avec une grande rapidité.

Adénopathie inguinale indolore.

Aucune douleur spontanée, mais seulement un peu de sensibilité à la pression et au toucher.

Pas de lésions viscérales.

R. B. W. +++.



Photo VIII

3. *Syphilis mutilante du pied*

Il peut arriver que les membres eux-mêmes soient mutilés. Il y a eu des malades, chez lesquels une syphilis ulcéreuse du pied avait complètement rasé les orteils. On en trouve trois cas relatés dans l'ouvrage du Docteur Lacapère. Deux étaient bilatéraux, un unilatéral. « Toujours, dit-il, la lésion se présentait comme une vaste ulcération rouge, bourbillo-neuse, limitée par un bord taillé à pic, à l'emporte-pièce, largement circinvé, et qui empiétait assez fortement sur la face plantaire du pied. Chez un de ces malades, l'ulcère avait gagné en profondeur, et au milieu d'une masse de débris de tous les tissus, se voyaient les têtes des métatarsiens. »

Il y a encore des cas, où il existe des ulcérations interdigitales, qui siègeant à la base d'un orteil, peuvent aller jusqu'à l'articulation et l'ouvrir. Abandonnées à elles-mêmes, ces lésions entraînent la chute de l'orteil, et aussi des voisins par extension.

Ainsi donc, tous ces accidents, toutes ces lésions térébrantes de la période tertiaire s'observent ici en Afrique, pour ainsi dire habituellement; elles ne sont pas conditionnées par une malignité particulière de la syphilis Arabe; ce ne sont que les résultats d'une extension progressive, que la transformation normale d'accidents non traités, et qui évoluent chez des individus, que leurs antécédents morbides ont gratifié d'une tendance toute spéciale aux lésions ulcéreuses.

4. *Lésions osseuses et articulaires*

Après les accidents, qui comme nous venons de le voir, frappent une région déterminée, il faut étudier aussi les lésions osseuses et articulaires, sur lesquelles la syphilis développe bien volontiers son action térébrante. Voyons donc, qu'elles sont ces lésions térébrantes causées par la vérole, sur le système locomoteur. Rares chez l'Européen, soumis dès le début au traitement, ces manifestations apparaissent régulièrement chez les Indigènes, qui ne traitent pas leur syphilis.

En ce qui concerne les muscles, il n'y a guère à signaler que les fontes musculaires étendues, dérivants de gommès fistulisées, et qu'on trouve surtout au niveau des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Le plus souvent, l'atteinte des muscles est due à la propagation de lésions de voisinage, extension en profondeur des lésions de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que nous l'avons vu à propos de la syphilis ulcéreuse du centre de la face, où tous les tissus indistinctement sont attaqués, jusque aux plans les plus lointains, et comme cela se rencontre en d'autres points du corps : l'avant-bras par exemple.

Dans d'autres cas, c'est de la profondeur qu'est partie la lésion térébrante, s'il nous est permis de nous exprimer de la sorte. Ainsi, les ostéites du fémur ouvertes à la peau, après cheminement à travers les épaisses masses musculaires de la cuisse. On a cité le cas d'un malade, porteur d'une série de gommès

osseuses des clavicules et de l'omoplate, chez lequel on constatait un vaste ulcère térébrant de l'épaule droite, ayant détruit toute la partie postérieure du deltoïde. Il existait de plus, chez ce sujet, une lésion analogue à l'avant-bras.

L'atteinte du système osseux est de règle chez l'Arabe. Il a presque toujours osteïte gommeuse, lésion qui succède d'ordinaire à la périostite secondaire. Après une première phase, souvent très longue, qu'occupe et caractérise seulement des douleurs ostéocopes, on voit survenir la période de ramolissement, puis bientôt l'ulcération. La peau atteinte possède alors tous les caractères essentiels de l'ulcère gommeux. Le tissu osseux, sous-jacent au périoste est toujours touché, et subit une nécrose, qui amène l'élimination de fragments osseux. Ceux-ci sont de taille très variable. Les esquilles peuvent être très petites, et c'est alors une véritable « poussière d'os » qu'on voit s'éliminer avec du liquide gommeux.

Beaucoup plus fréquente encore est une seconde variété d'ostéïte tertiaire : l'Ostéomyélite gommeuse. Au niveau des os longs, elle frappe avant tout le tibia. Ce n'est qu'après une longue évolution à caractère sournois, que la collection centrale de l'os arrive à se frayer un chemin vers la superficie. Elle se répand au-dessous du périoste, le perfore, le traverse, et c'est à ce moment que la peau s'ulcérera.

Au fond de la brèche cutanée, on aperçoit alors des séquestres. Ils ont une coloration noirâtre, et on ne peut pas ne pas être frappé par l'odeur de sphacèle qui s'en émane. Si l'os touché n'est pas un os super-

ficiel comme le tibia, il peut encore y avoir suppuration, mais cette éventualité est alors beaucoup plus rare. Ce qu'on voit au niveau du membre inférieur, se trouve aussi au niveau du membre supérieur. Lacapère relate l'histoire d'une femme indigène de vingt-cinq ans, chez laquelle l'existence d'une ostéite humérale se manifestait par l'existence d'un long séquestre, dont une partie faisait saillie à l'extérieur. On voyait, écrit-il, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du bras droit, un cylindre osseux, ouvert à sa partie antérieure, qui faisait issue sur la face du membre.

Il est à noter que l'Hérédo-Syphilis, elle aussi, peut être la cause de ces mutilations.

Métacarpiens et métatarsiens sont volontiers frappés, et souvent détruits, par lésions osseuses primitives, ce qu'il ne faut pas confondre avec la syphilis mutilante du pied, par exemple, déjà vue, et qui débute par l'extérieur, amenant la chute des orteils, seulement par extension.

Pour les os courts, une des ostéites les plus intéressantes est celle des os du nez, qui accompagnée de destructions complètes des parties molles ne laisse voir qu'un orifice béant, qui fait communiquer le naso-pharynx avec l'extérieur et donne une des mutilations les plus fréquentes et les plus horribles parmi toutes celles des Indigènes du Nord-Afrique.

On a aussi observé l'ostéite du maxillaire supérieur, celle de l'apophyse palatine avec perforations multiples dans la bouche. On connaît un cas signalé par Daga; il s'agissait d'un Indigène, chez lequel cet

auteur observa une élimination en masse de tout le maxillaire supérieur gauche, qu'avait découvert une ulcération syphilitique, après avoir dévoré la lèvre supérieure et rongé la joue.

L'os malaire n'est pas non plus à l'abri de ces localisations. On connaît plusieurs cas d'ostéite malaire, se traduisant finalement par l'élimination de séquestres étendus. Il y a enfin lieu de considérer les manifestations térébrantes au niveau des os plats. Elles relèvent en général des ostéo-périostites plus rarement de l'ostéomyélite gommeuse. Les plus atteints sont sans conteste ceux de la voûte crânienne, et celle-ci peut être entièrement perforée.

Au sternum, enfin, on peut observer de vastes pertes de substance, surtout au niveau du corps de l'os.

Au niveau des articulations, aussi, on trouve bien souvent la signature de la vérole.

Celle-ci lèse en général l'article par propagation de lésions extra-articulaires, en profondeur, et tellement térébrantes qu'elles finissent par détruire les parties molles et à réaliser ainsi une vraie mutilation, avec destructions étendues, fistules et purulence. C'est là, l'aboutissant ultime de l'arthropathie gommeuse. Elle est observable chez les Indigènes, mais assez rare. Il est peu fréquent, en effet, de voir les fistules se transformer en vastes ulcères gommeux, faisant communiquer largement l'articulation avec l'extérieur, ainsi que dans l'observation empruntée à Lacapère.

OBSERVATION I

(LACAPÈRE)

Arthrite ouverte de l'épaule

A..., âgé de 40 ans environ, présente une arthrite de l'épaule gauche, qui a débuté il y a 4 ans.

L'articulation a subi une véritable fonte gommeuse et un large orifice s'est constitué à la partie antérieure du deltoïde. L'impotence du bras est totale, les muscles complètement atrophiés. On aperçoit, au milieu des débris de tissus, qui encombrant la cavité, les extrémités osseuses dénudées. Toute l'extrémité externe de la clavicule a disparu, vraisemblablement par fonte gommeuse, ainsi que l'extrémité supérieure de l'humérus. L'ulcération cutanée est taillée à pic et arrondie.

OBSERVATION II

(LACAPÈRE)

Perforation de la voûte crânienne

Indigène de 16 ans, présentant une série d'ostéo-périostites ouvertes du frontal, des pariétaux et de l'occipital. On voit au niveau du vertex, une perforation circulaire et complète, assez large pour admettre un porte-plume. Les battements méningés soulèvent régulièrement le liquide purulent, qui vient alternativement affleurer à l'orifice de la fistule, pour se retirer ensuite profondément.

OBSERVATION III

(Docteur CASSAR, Hôpital Sadiki)

Gomme syphilitique ulcérée ayant perforé le maxillaire supérieur.

Lakdar ben Mohamed, 42 ans, originaire de Tebourba (Tunisie). Marié, père de 4 enfants. Sa femme a eu 3 fausses-

couches. Il ne se souvient pas du début de sa syphilis. Il est fortement impaludé.

Il se présente à la Consultation Dermatologique de l'Hôpital Sadiki le 25 août 1925, pour une tumeur de la joue droite, dont le début remonterait à environ un an, et s'est fait par une tuméfaction grosse comme une amande, très peu douloureuse, qui a grossi progressivement, jusqu'à revêtir l'aspect et le volume qu'elle présente actuellement.

Entre temps (2 mois environ après le début) il s'est fait une ulcération de la partie centrale de la tumeur, et il y a eu élimination de matière purulente, suivie au bout de quelque temps par l'élimination d'un fragment osseux.

Présentement, on note sur la joue droite, la présence d'une tumeur hémisphérique, de consistance dure, centrée par une ulcération térébrante, dont le diamètre est celui d'une pièce de deux francs, en argent, ulcération ayant perforé de part en part tout le maxillaire supérieur.

Cette tumeur peut être délimitée par une ligne partant de l'extrémité de la queue du sourcil droit, à la lisière des cheveux, au voisinage de l'oreille. A un travers de doigt, en avant de l'oreille, elle s'étend parallèlement à l'angle et à la branche montante du maxillaire inférieur, et remonte à deux travers de doigt de la commissure labiale droite, décrit un arc de cercle sur la joue pour rejoindre son point de départ. Son épaisseur est de quatre travers de doigt. A la surface, le tégument a gardé son aspect et sa coloration normale. Le sommet de cette tumeur est le siège d'une ulcération térébrante ayant traversée de part en part le maxillaire supérieur et à travers laquelle on aperçoit l'arcade dentaire du côté opposé, mettant en communication avec l'extérieur, la cavité buccale. Le bord de cette ulcération se continue avec la muqueuse gingivale sous-cutanée. Un processus cicatriciel de début à rétracté vers l'intérieur de la cavité, le rebord tégumentaire, si bien que le pourtour de ce rebord est froncé, à la manière de l'orifice d'une bourse, dont on aurait tiré les cordons. Le processus de cicatrisation est en bonne voie de réalisation. Cette tumeur, enfin, ne provoque que peu de gêne, surtout au moment de la mastication.

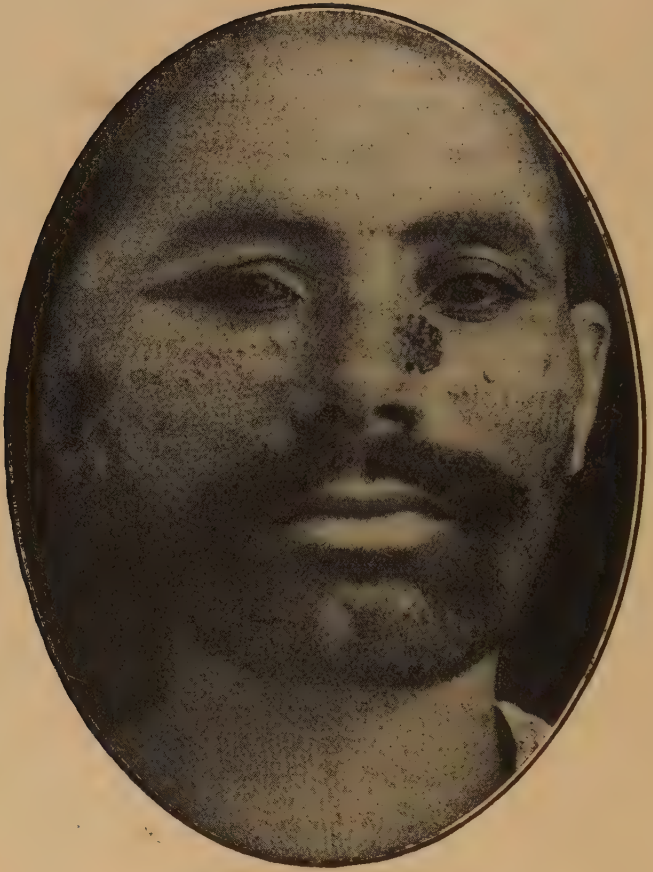


Photo IX

Sur le côté la téral du nez, ulcération superficielle, à bords parfaitement arrondis, recouverts d'une croûte.

R. B. W. + + +.

Pas de stigmates d'hérédo-syphilis.

L'examen viscéral est négatif, à part la perception du bord splénique, senti au-dessous des fausses côtes. Ceci n'est pas étonnant, puisque le sujet est paludéen. La recherche des hématozoaires a du reste été négative, au moment de l'examen.

OBSERVATION IV

(Docteur CASSAR)

.....*Syphilide ulcéreuse de la jambe droite.....*
Leucodermie syphilitique de la face postérieure de la cuisse
et du pied

Romdane ben Khassem, 45 ans, cultivateur à Béja (Tunisie).

On ne relève rien d'essentiel dans les antécédents du malade. A eu à deux reprises différentes, des poussées ulcéreuses de syphilis. Une première fois, il y a cinq ans, au niveau de la cuisse, une seconde fois deux ans après. Ces lésions sont la cause de la leucodermie, siégeant au membre inférieur droit.

Au moment de son admission dans le service de Syphiligraphie de l'Hôpital Sodiki, on note la présence d'un vaste ulcère creusant profondément les tissus, mais ne dépassant pas le tissu cellulaire sous-cutané du mollet et de la partie postéro-inférieure de la jambe droite. Les limites de la lésion sont représentées par une ligne partant d'un point situé à la hauteur de la tubérosité externe du tibia. Elle se réfléchit en un arc de cercle qui enchâsse le tiers externe du creux poplité, passe sur le mollet à deux travers de doigt au-dessous du pli de l'articulation du genou, gagne la face externe de la jambe, se dirigeant vers la crête tibiale qu'elle longe jusque vers le quart inférieur de la jambe. Elle se réfléchit alors en cet endroit, pour rejoindre la face postérieure du membre,

et finit par rejoindre son point de départ par une ligne courbe englobant les trois quarts de la face postérieure du mollet et de la jambe.

Les bords de l'ulcère, taillés à pic, se continuent avec le tissu adjacent, sauf sur la partie externe où, par endroits, il existe des zones décollées. Le fond de l'ulcère est bourgeonnant, sanieux; il est encombré de pus et de détritits, qui dégagent une odeur infecte. Son indolence est absolue.

Deux zones de leucodermie existent. L'une d'étend à toute la partie postérieure de la cuisse, depuis le pli fessier, jusqu'à trois travers de doigts, du pli articulaire du genou. L'autre entoure presque entièrement la cheville, s'étalant sur la face latérale et le dos du pied. Il n'y a rien de spécial à noter au sujet de cette leucodermie, si ce n'est son étendue inaccoutumée, ses dimensions extrêmes, qui donnent une idée de l'importance du processus ulcératif, qui leur a donné naissance.

Au point de vue viscéral, rien à signaler.

R. B. W. + + +.

OBSERVATION V

(Docteur CASSAR)

Slimen ben Boudjema, 45 ans, originaire de Gabès.

Aucun renseignement précis sur les antécédents pathologiques du malade, ainsi que sur le début des lésions pour lesquelles il vient consulter.

Le malade signale seulement qu'il a souffert il y a dix ans d'une plaie au niveau du membre supérieur droit, plaie qui, partie du dos de la main, s'est peu à peu étendue à tout le membre pour s'arrêter à la racine de l'épaule.

Une seconde lésion à peu près identique, survenue il y a un an et demi environ, s'est manifestée sur le thorax et a couvert celui-ci d'abord, puis l'abdomen. C'est pour cette lésion que le patient est admis dans le service de Dermatologie de l'Hôpital Sadiki le 10 octobre 1920.

A un premier examen, on est frappé par l'existence de deux vastes cicatrices leucodermiques, qui occupent : la première tout le membre supérieur droit. Cette cicatrice est



Photo X

limitée en bas par la racine des doigts, en haut par la naissance de l'épaule à la limite du muscle deltoïde, puis entourant tout le membre, à la manière d'un manchon, par une zone de peau saine, qui parcourt toute la hauteur du bras, sur trois centimètres de large, et s'étendant du creux de l'aisselle à la paume de la main, qui est épargnée sur toute son étendue.

Rien de spécial à signaler au sujet de cette cicatrice leucodermique, si ce n'est que le bord en est arciforme, et que par place, on note de petits îlots de peau saine noyés dans la cicatrice, et qui semblent avoir seuls survécus au processus ulcératif, ayant abouti à la lésion que nous observons. Enfin cicatrice chéloïdienne, siégeant le long du bord antérieur du biceps brachial, et s'étendant à la manière d'une corde tendue de la partie moyenne du biceps, à la partie moyenne de l'avant-bras.

La seconde revêt le thorax et l'abdomen à la manière d'une cuirasse, avec cette différence que les bords en sont festonnés. Ce vaste placard s'étend depuis la partie supérieure du thorax, jusqu'à trois travers de doigts du pubis. En largeur, il s'étend d'une ligne verticale passant par le mamelon droit, à une autre qui, parallèle, passerait par le creux axillaire. La limite inférieure décrit un demi-cercle parfait, à concavité supérieure et va de l'hypocondre à la hanche gauche. Cette limite est bordée par une zone en activité, représentée par une syphilide tuberculo-ulcéreuse, ayant 4 cm. d'épaisseur. Elle donne l'image exacte de ce qu'a été le processus ulcératif, qui a donné naissance à la cicatrice leucodermique dont on vient de tracer le dessin.

Par sa coloration blanc nacré, cette vaste étendue leucodermique tranche sur la coloration normale de la peau qui est ardoisée. En deux points différents, sur le tiers supérieur de l'hémithorax gauche, et au niveau du flanc droit, existent des cicatrices chéloïdiennes, étoilées ou réticulaires, faisant une saillie notable sur le tissu cicatriciel sous-jacent. Enfin quelques îlots punctiformes de peau saine se retrouvent çà et là sur la surface de cette cicatrice aux dimensions réellement colossales.

R. B. W. + + +.

Il s'agit en résumé d'un cas de phagédénisme superficiel.

OBSERVATION VI

Bien que, malgré son désir et son amabilité coutumière, M. le Docteur Broc, de Tunis, n'ait pu nous retrouver l'observation complète d'un de ses anciens malades, nous voulons cependant en donner le résumé.

Il s'agissait d'un indigène soigné par lui à l'hôpital Sadiki, il y a de nombreuses années. Ce malade était atteint d'ostéites craniennes de la table externe, dont le traitement eut raison. Six mois après, environ, on vit chez le même individu se développer une gomme de la table interne et, à quelque temps de là, il succombait à une hémorragie protubérantielle.

L'autopsie pratiquée révéla l'existence d'une perforation osseuse punctiforme, allant de l'ancienne lésion de la table externe à la gomme récente, laquelle avait englobé les méninges et pénétré entre les circonvolutions cérébrales, sans toutefois les entamer.

5. *Destruction de l'œil*

Il faut en tout dernier lieu, signaler une mutilation fort importante. C'est la fonte purulente de l'œil, observée à plusieurs reprises chez des Indigènes. Elle n'est que l'aboutissant d'un ensemble de lésions : iritis, ulcères de la cornée, chorio-rétinite. Cet accident peut succéder à l'ulcération de la cornée et à l'expulsion de tout, ou seulement d'une partie du contenu de la cavité orbitaire, ou survenir à la suite de lésions du voisinage.

De quelque manière que cela se produise, toujours l'œil s'atrophie. Il n'a plus que le tiers ou le quart de

son volume normal. Il est enfermé, dissimulé sous la paupière. Et si on relève cette dernière, on ne trouve plus sous ce rideau qu'un spectacle atroce. Il n'y a plus rien, qu'un moignon, des dimensions d'une noisette, rougeâtre, irrégulier, totalement envahi par du tissu fibreux.

Pathogénie

Bien entendu, c'est avant n'importe quoi, l'infection tréponémique, qui est à l'origine de ces accidents mutilants, que nous venons d'étudier. Mais pourquoi la syphilis revêt-elle ici cette sorte de gravité spéciale. Est-ce là, le résultat d'une infection microbienne surajoutée ? La flore bactérienne rencontrée au niveau de ces lésions est assez banale ; seuls se trouvent les microbes ordinaires de la peau. Il y a déjà longtemps que Millian insistait sur ce point. En principe, on peut dire que le tréponème ne souffre pas d'autres microbes à côté de lui, quand il évolue du côté de la peau. Il faut toutefois faire une réserve en faveur de l'association fuso spirillaire, qui commence à être bien entrevue. D'ailleurs chez l'Indigène, il n'est pas contestable que l'infection surajoutée des lésions existe, favorisée sans doute par les mauvaises conditions de la plus élémentaire propreté dans lesquelles ceux-ci se trouvent placés, et se plaisent.

On observe souvent chez eux des infections secondaires se manifestant surtout par la présence d'œdèmes des régions voisines, et d'adénopathies. On voit

aussi des gangrènes, qui elles sont le résultat de la thérapeutique insolite, mise en œuvre par les Indigènes : application de feuilles de choux, ou de fiente de chameau, remède fort en honneur dans le bled.

Peut-on accorder à l'hypothèse, qui dans certaines mutilations spéciales, comme celle du pied, rejette la responsabilité sur un trouble trophique, une actérite oblitérante, un semblant de vraisemblance ? Nous ne le croyons pas.

Il est bien plus intéressant de rechercher des notions pathogéniques, dans l'association de l'infection paludéenne, et de l'infection tréponémique. Grémy ne semble pas admettre que le paludisme complique la vérole. Il semble pourtant, si on étudie la question de près, que toutes les syphilis malignes évoluent chez des sujets hypotendus. Chez l'Arabe, d'ailleurs, la tension artérielle est toujours basse; de plus, chez des hypotendus, la syphilis amène de façon constante une nouvelle chute de pression, et l'ondée sanguine manquant de puissance, les apports nutritifs sont réduits et les tissus mis en état de moindre résistance ne peuvent se défendre, et on voit facilement le théâtre d'accidents nécrotiques, qu'on ne voit pas chez les individus dont les cellules bien nourries peuvent organiser la sclérose, processus histologique par lequel l'organisme se défend contre le virus syphilitique.

L'hématozoaire est un facteur net et certain d'hypotension, par le fait qu'il frappe gravement les capsules surrénales. Il est à remarquer d'ailleurs, quelle est la mauvaise réputation de la vérole contractée

par les Européens résidant en Afrique du Nord. C'est très probablement parce qu'ils sont en général impaludés, que la syphilis revêt chez eux une allure analogue à celle des Indigènes du pays, avec un caractère évident de gravité. Les faits rapportés par le Docteur Montpellier, d'Alger, sont troublants. C'est aussi l'opinion de Brault.

Il est certain que le paludisme est très répandu chez les Arabes du Nord-Afrique, et chez ces impaludés, le tégument, pour les raisons de mauvaise nutrition déjà invoquées est affecté d'une fragilité toute spéciale. Et puis, si le paludisme n'influe pas sur la gravité de la syphilis, pourquoi dans les régions montagneuses telles que le Haut-Atlas au Maroc, la Kabylie en Algérie, la Kroumirie en Tunisie, où l'infection palustre est une exception, ne verrait-on pas ces syphilis ulcéreuses nécrotiques, si fréquentes dans les plaines, sur le bord des oueds, où le paludisme sévit avec intensité.

Le paludisme semble donc avoir sur la vérole une action nette, et cette action est déclanchée par l'hypotension, que provoque dans l'organisme la présence de l'hématozoaire, qui pour employer une expression de Paiseau et Lemerre, cause une véritable sidération des capsules surrénales. Cette hypotension expliquerait donc la fréquence des lésions ulcéreuses, et la régénération globulaire nécessitée par le paludisme, la fréquence des atteintes osseuses.

Nous ne pouvons pas enfin ne pas signaler qu'en Tunisie, tout au moins, la tuberculose est aussi un facteur sûr d'aggravation de la vérole indigène.

Malheureusement, la clientèle indigène est essentiellement inconstante, versatile, et il ne nous a pas été possible de suivre, et de revoir les malades observés, partant de contrôler suffisamment la justesse de ces théories.

Diagnostic

En présence de sujets porteurs de lésions, de mutilations semblables à celles que nous avons décrites, il n'y a guère de doutes possibles. On songe immédiatement à la syphilis. Elle seule presque peut être incriminée. Bien vite, l'examen du malade montre que les accidents en cours ont été précédés de bien d'autres, qu'il existe déjà de nombreuses cicatrices, des dépigmentations étendues.

Les recherches sérologiques sont aussi là. Alors qu'à des périodes avancées de la maladie, la séro-réaction est souvent négative, sous nos climats, elle est au contraire presque constamment très positive chez les Indigènes. Cela tient sans doute à ce que frappant surtout la peau et les os, la syphilis Arabe entraîne pendant plus longtemps que chez nous des modifications sanguines.

En face de telles lésions, il faut cependant penser pour les éliminer à plusieurs affections : le cancer, le lupus, une mycose.

Le cancer est sans nul doute une des maladies prêtant le plus à confusion, surtout dans les cas de syphilis ulcéreuse du centre de la face. Mais lorsqu'on

se trouve en présence d'une cancer, on constate bien vite des différences notables.

Il s'agit alors d'une tumeur ulcérée, qui présente un suintement et une odeur spéciale. Les tissus du cancer sont d'une fragilité énorme, saignant au moindre contact. Surtout c'est une affection douloureuse, et sa marche rapide ne permet pas de l'observer à un tel degré d'évolution. La date très éloignée des accidents de début, l'âge du sujet souvent très jeune, enfin la réaction de Wassermann, la notion des antécédents, et en dernier ressort, la biopsie, jugeront la question.

C'est encore sur la réaction de déviation du complément, les antécédents, qu'on s'appuiera pour éliminer le lupus, dont l'allure est du reste très différente. Le lupus d'abord, met des années pour réaliser ce que la syphilis fait en quelques semaines.

Les ulcérations lupiques ont des bords qui descendent en pente douce ; tout autour, la peau voisine est violacée, tendue, infiltrée, plus ou moins translucide. A la vitro-pression, le lupus a une teinte sucre d'orge. Il est d'une mollesse spéciale, le scarificateur y pénètre comme dans du beurre. La forme de l'ulcère est assez régulière. Le fond en est un peu déprimé, lardacé, saignant facilement. La base est le siège d'une infiltration molle.

Tous ces caractères joints à la facilité de repullulation du lupus dans la cicatrice, caractérisent le nodule lupique dans la plupart des cas. Il y a d'autres pourtant dans lesquels, lupus et syphilis sont si voisins, que la réaction de B. W. ne suffit même plus

à trancher la question, et qu'il faut recourir à l'inoculation au cobaye.

On éliminera aussi les différentes mycoses; par culture, sur milieu de Sabouraud, gélose peptonée, si on soupçonne une sporotrichose, recherche des grains jaunes caractéristiques, si c'est l'idée d'Actynomycose qui se présente à l'esprit.

Exceptionnellement, enfin, on aura à discuter un diagnostic de lèpre.

Certaines formes régionales de syphilis mutilante demandent parfois un diagnostic spécial. Il en est ainsi pour les arthrites fistulisées, qu'on ne confondra pas avec une tumeur blanche.

Les lésions de la verge, surtout ne seront pas prises pour un accident primitif. Le diagnostic est souvent très délicat, et le Docteur Broc, de Tunis, a insisté sur la difficulté qu'il y a parfois à distinguer les syphilides ulcéreuses, du chancre syphilitique de l'Arabe, ulcéreux, excavé, phagédénique. C'est alors que la présence d'un mélange de cicatrices et d'ulcérations souvent térébantes sera particulièrement précieux.

Traitement

Il nous reste en dernier lieu à envisager la question du traitement qu'il est justiciable d'appliquer en face de semblables malades. Autrefois, il y a déjà de nombreuses années, les médecins étaient désarmés, presque impuissants, en face de telles lésions. Depuis l'introduction dans la pratique courante des injections intraveineuses de novarsénobenzol, ces cas de syphilis mutilante ont cessé de présenter la gravité qu'ils avaient autrefois, et tous ces cas rentrent dans la normale. Le traitement n'en est pas différent de celui de toutes les syphilis, en général. On aura toutefois intérêt à commencer d'emblée par des doses fortes, les Indigènes ayant vis-à-vis de tous les médicaments une résistance remarquable. On débutera par une piqûre de 0,45 d'arsénobenzol, on répétera deux fois l'injection de 0,90. Il ne paraît pas être utile de dépasser ces doses, pour atteindre comme le conseillent certains praticiens 1 gr. 05, 1 gr. 20, ou même 1 gr. 35.

En même temps, on pourra administrer du mercure et de l'iodure, l'« Achba » si apprécié, si de-

mandé par les Arabes. Mais ce ne sont là que des médications adjuvantes, incapables par elles seules, de juguler les accidents térébrants, pour lesquels le traitement de fond restera toujours l'Arsénobenzol.

Grâce à une telle thérapeutique, on verra toutes les lésions, apanages des Arabes, se cicatriser, et si l'époque tardive où le traitement est appliqué ne permet pas la restitution des parties perdues, du moins, les mutilations se feront-elles moins profondes, moins horribles avec récidives moins fréquentes. En effet, nous le répétons, ces accidents si craints autrefois, parce que rebelles à la thérapeutique, cèdent parfaitement à la médication arsénobenzolique.

Les résultats sont déjà appréciables, en Algérie, en Tunisie, plus soumises à l'influence européenne, et où déjà du moins dans les villes, la syphilis se rapproche beaucoup plus de la forme européenne, alors que le Maroc reste encore la terre par excellence des accidents mutilants.

Conclusions

1° Il existe beaucoup de lésions mutilantes chez les Indigènes Africains, ce qui ne se voit que rarement en France.

2° Ces lésions mutilantes sont quelquefois dues à un phagédénisme vrai, mais bien souvent aussi à une syphilis, que rien a entravé, et qui est à la période tertiaire.

3° Lorsqu'il s'agit de phagédénisme vrai, il s'agit le plus souvent de sujets anémiés, présentant un mauvais état général, se rencontrant surtout chez les habitants de la campagne.

4° Le paludisme et l'hypotension consécutive, la symbiose spiro-bacillaire surajoutée à des lésions tertiaires permettent d'expliquer la fréquence des lésions mutilantes.

5° Les lésions mutilantes n'offrent d'une manière générale aucun pronostic de gravité avec les traitements actuels.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN,

NICOLAS.

Pour le Doyen, l'Assesseur,

ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 Mai 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

J. GHEUSI.

Bibliographie

- FOURNIER. — Traité de la Syphilis.
- MAURIAC. — Traité de la Syphilis.
- DARIER. — Dermatologie.
- LACAPÈRE. — La Syphilis Arabe.
- RABATEL et TIRANT. — Notes médicales recueillies en Tunisie. *Lyon Médical*, 1874.
- BRAULT. — La syphilis en Algérie. *Archiv. für Schiff et Tropical Hyg.*, Leipzig, 1908.
- AUCAIGNE. — La syphilis chez les Arabes. *Revue Médicale de l'Afrique du Nord*, 1902.
- TREILLE. — La syphilis chez les Arabes. Guérison sans médicaments. *Revue Médicale de l'Afrique du Nord*, 15 novembre 1910.
- RUSSO. — Contribution à l'étude de la syphilis dans le Sud Tunisien. Rapport à la Direction du Service de Santé, 1917.
- GÉMY. — Facteurs de gravité de la syphilis. Syphilis et Paludisme. *Bulletin Médical*, 1891.
- PAIRE. — La syphilis maligne précoce en Algérie. *Thèse de Montpellier*, 1908.
- MARESCAL. — Troubles de la nutrition des tissus et lésions de sphacèle en rapport avec l'hypotension artérielle. *Thèse de Paris*, 1917.
- LACAPÈRE et LAURENT. — Le front des Islamites. *Paris Médical*, février 1918.
- DAGA. — Etude sur la syphilis des Arabes. *Archives Générales de Médecine*, août et septembre 1864.
- PAISSEAU et LEMERRE. — L'insuffisance surrénale dans le paludisme. *Presse Médicale*, 4 décembre 1916.
- Docteur ONORATO, de Tripoli (Libye). — Phagédénisme à symbiose spiro-bacillaire. Communication orale. *Congrès Médical de Tunis*, avril 1926.

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Introduction	11
Etude clinique.....	15
Symptomatologie	17
Pathogénie	63
Diagnostic.....	67
Traitement.....	71
Conclusions	73
Bibliographie	75
